

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie. Die Aufnahmebedingungen finden Sie in der Satzung, Artikel 2. Bitte füllen Sie dieses Formular zunächst mit Hilfe von [Adobe Acrobat Reader](#) digital aus. Anschließend können Sie es abspeichern und ausdrucken. Bitte senden Sie es unterschrieben an die oben genannte Geschäftsstelle.

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie.
Meinen [Lebenslauf](#), unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Werdeganges und der handchirurgischen Tätigkeit, sowie eine Kopie meiner [Urkunde über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie](#) (soweit erworben) füge ich bei.

Student (m/w) im Semester	0,- €
Assistenzarzt (m/w) in Weiterbildung	100,- €
Mitgliedschaft im <i>Jungen Forum</i> gewünscht	

Anrede	Titel

Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Privat Straße und Hausnummer

Privat Postleitzahl und Ort

Privat Telefon

Privat Telefax

Privat E-Mail

Arzt (m/w) ohne ZB Handchirurgie	100,- €
Arzt (m/w) mit ZB Handchirurgie	180,- €
Weiterbildungsbefugnis vorhanden	

Facharzt für

Dienststellung

Praxisname / Klinikbezeichnung inkl. Abteilung

Dienstlich Straße und Hausnummer

Dienstlich Postleitzahl und Ort

Dienstlich Telefon

Dienstlich Telefax

Dienstlich E-Mail

Bitte geben Sie mindestens eine E-Mailadresse an, da die Korrespondenz ausschließlich via E-Mail erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift